



Estado de Utah  
Departamento de Servicios Laborales  
**PROGRAMA H.E.A.T. – DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA  
Y VERIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD**

**Parte A: Paciente (Solicitante de HEAT): Favor imprimir**

Yo \_\_\_\_\_, autorizo a mi proveedor médico, \_\_\_\_\_, a revelar al Programa HEAT del estado de Utah, toda información médica sobre mi condición física actual en lo relativo a mi estado de discapacidad.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o su designado

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Parte B: Médico:** Favor llenar y enviar por fax al programa HEAT al número de abajo.

Certifico que el paciente arriba nombrado está actualmente bajo mis cuidados y lo considero discapacitado debido a las siguientes condiciones que identifico seguidamente:

- Él o ella no puede caminar 200 pies sin detenerse para descansar.
- No puede caminar sin ayuda de una abrazadera, bastón, muleta, de otra persona, prótesis, silla de ruedas, u otro aparato de apoyo.
- Está restringida por enfermedad pulmonar a tal grado que el volumen de expiración forzado por segundo al ser medido con espirómetro es menor a un litro, o que su tensión de oxígeno arterial es menor a sesenta mm/Hg del aire ambiental en descanso.
- Usa oxígeno portátil
- Tiene una condición cardíaca de un grado tal que la limitación funcional de la persona está clasificada (según las normas de la Asociación Americana del Corazón) en una severidad de Clase III o Clase IV
- Está severamente limitada para caminar debido a una condición artrítica, neurológica u ortopédica
- Ha sido diagnosticado médicamente con la siguiente condición física o mental que se espera pueda durar más de seis meses.

Describe: \_\_\_\_\_

¿Este estado de discapacidad se considera PERMANENTE? .....  Si  No

\_\_\_\_\_  
Nombre del médico

\_\_\_\_\_  
Firma del médico

\_\_\_\_\_  
Número telefónico del consultorio

\_\_\_\_\_  
Fecha

**DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD**

**Todos los trabajadores de HEAT han firmado un acuerdo de confidencialidad con el Estado de Utah y conocen las leyes relevantes a confidencialidad y transporte de información médica.**

Para que este formulario tenga validez, deberá ser enviado por fax al programa HEAT por el mismo consultorio médico. Favor devolverlo en 5 días hábiles.

# fax de la oficina de HEAT \_\_\_\_\_ Trabajador de ingreso \_\_\_\_\_

**Programa de Empleador de Oportunidad Igualitaria**

Disponemos de ayudas y servicios auxiliares para individuos discapacitados cuando así lo soliciten llamando al (801) 526-9240.

Los individuos con impedimentos auditivos y/o del habla pueden llamar a "Relay Utah" discando 711.

Los hispanoparlantes pueden llamar a la línea de ayuda en español (Spanish Relay Utah) al 1-888-346-3162.